



Załącznik Nr 8
Do zapytania ofertowego

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie złożonej w odpowiedzi na **zapytanie ofertowe nr 40/2021/OLSZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego** przez Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o. o. w Krakowie w ramach projektu pod tytułem „*Dzienny Dom Opieki Medycznej w CMP Sp. z o. o.*” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 9. Region spójny społecznie, Działanie 9.2. Poddziałanie 9.2.1, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że wyrażenie zgody jest dobrowolne oraz że mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie, a wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej wycofaniem,

.....
(czytelny podpis)